Gouvernement du Québec
Conseil du statut
de la femme

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À LA COMMISSION PARLEMENTAIRE DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE POUR LE QUÉBEC

Décembre 1987

Chantale Brouillet
avec la collaboration de Micheline Boivin,
Susanne Fontaine et Éric Laplante
Direction de la recherche
et de l'analyse

Québec:
8, rue Cook
3ième étage, bureau 300
Québec G1R 5J7

Montréal:
1255, place Philippe,
bureau 708,
Montréal H3B 3G1

91-03607/

Dépôt légal: 1er trimestre 1988
Bibliothèque Nationale du Québec

ISBN: 2-550-18332-0

TABLE DES MATIÈRES

PAGE

INTRODUCTION..... 1

SECTION I : LE CADRE GÉNÉRAL DU PROJET DE POLITIQUE..... 3

1.1 Les éléments de problématique..... 3

1.2 La santé mentale : une perspective d'ensemble..... 4

1.3 Les orientations, principes et objectifs..... 4

1.4 Un projet de politique centré sur les problèmes mentaux sévères et chroniques..... 5

1.5 La responsabilité de l'État : un désengagement?..... 6

SECTION II : LE CHAMP DE LA SANTÉ MENTALE : LES PARTENAIRES PRIVILÉGIÉS ET LES RESSOURCES DISPONIBLES..... 9

2.1 Les familles..... 9

2.1.1 La responsabilité des soins incombe aux femmes..... 9
2.1.2 La femme aux prises avec un problème mental sévère... 12
2.1.3 La famille idéalisée..... 14

2.2 Les communautés..... 16

2.2.1 Les bénévoles..... 16
2.2.2 Les ressources communautaires..... 17

2.3 Les ressources disponibles..... 21

SECTION III : LE DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE ET LES FEMMES..... 25

3.1 Les épiphénomènes..... 25

3.2 Les femmes : un groupe à risques..... 27

CONCLUSION..... 31

LISTE DES RECOMMANDATIONS..... 33

ANNEXE..... 35

RÉFÉRENCES..... 37

INTRODUCTION

Le Conseil du statut de la femme porte un grand intérêt au projet de politique de santé mentale pour le Québec. Ce projet de politique traite des personnes aux prises avec des problèmes mentaux et de l'organisation des services en réponse à leurs besoins. Même si les femmes ne sont pas plus représentées que les hommes lorsqu'il s'agit de problèmes d'ordre mental sévères et persistants, elles n'en constituent pas moins la majeure partie de la demande en services de santé et en services sociaux. Les femmes sont aussi les principales responsables de la santé à l'intérieur des familles. En ce sens, elles sont fortement sollicitées par le projet de politique à assumer la prise en charge d'un des leurs souffrant de troubles mentaux.

Ce document aborde d'abord le cadre général du projet de politique soit les éléments de problématique, les orientations, principes et objectifs et les responsabilités de l'État en matière de santé mentale. La question des femmes interpellées en tant que dispensatrices de soins au sein de la famille ou dans la communauté est traitée en deuxième partie de même que les ressources mises à la disposition des partenaires. Finalement, la troisième partie concerne les femmes en tant que consommatrices de soins et services de santé. Des phénomènes tels que la violence conjugale et les agressions à caractère sexuel de même que les conditions socio-économiques des femmes et leur rôle social y sont présentés en lien avec leur état de santé.

I. LE CADRE GÉNÉRAL DU PROJET DE POLITIQUE

1.1 Les éléments de problématique

Les éléments de problématique à la base du projet de politique de santé mentale sont dans l'ensemble fort bien identifiés. Ainsi, entre autres problèmes liés au système actuel de soins et de services en santé mentale, relevons pour la personne les difficultés d'accès et les délais encourus dans la réponse aux besoins urgents, le manque de suivi, les évaluations répétées à chaque nouvelle porte d'entrée, la dépersonnalisation des services. Le rapport fait également état du manque d'information et de soutien aux familles et aux proches, de leur exclusion de la démarche thérapeutique même si, dans bien des cas, c'est à la famille que l'on renvoie la personne ainsi que de la fatigue émotionnelle qui s'ensuit. Quant aux intervenants en santé mentale, les principaux facteurs de démobilisation relevés ont trait à la compartimentation des services, à la fragmentation des modalités d'intervention, aux surcharges de travail et à l'épuisement. Aussi, la crainte et le rejet qu'inspirent à la communauté les personnes aux prises avec des problèmes d'ordre mental sont explicités; de même que les difficultés relationnelles entre le système d'intervention et les ressources communautaires dues notamment à la non reconnaissance de la contribution de ces dernières et au faible soutien qui leur est accordé.

Bref, l'accessibilité aux services, la qualité de ceux-ci, leur continuité, la nécessaire concertation ainsi que la répartition équitable des ressources humaines, matérielles et financières constituent les problèmes cruciaux à résoudre au sein du système de services en santé mentale. Face à ce constat, la décision du comité de "resituer la personne aux prises avec des problèmes mentaux au coeur du projet" de politique s'avère une avenue des plus prometteuses pour lui garantir respect et dignité dans les dédales du système. Dans cet esprit, le maintien et la réinsertion de la personne dans son milieu de vie natu-

rel, tel que préconisé par le comité, sont des principes partagés par le Conseil.

1.2 La santé mentale : une perspective d'ensemble

La complexité de la notion de santé mentale, les nombreux acteurs impliqués tant dans la planification, l'organisation et la dispensation des soins et services qui s'y rattachent ainsi que leur financement exigent certes d'aborder la problématique de la santé mentale dans une perspective d'ensemble.

À cet égard, les catégories retenues dans le projet de politique soit le champ et le domaine de la santé mentale permettent de cerner globalement et adéquatement la problématique. De fait, la première catégorie concerne la personne souffrant de troubles mentaux et est davantage axée sur l'aspect curatif. Tandis que la seconde, orientée vers les groupes et la population dans son ensemble, se concentre davantage sur l'aspect préventif de la santé mentale. Cependant, mentionnons que le projet de politique aurait gagné en précision et en clarté si une définition de la santé mentale avait été proposée. Nous reconnaissons les risques de normativité associés à toute définition; mais selon nous, l'absence de définition de l'objet premier d'une politique entretient la confusion : s'agit-il de maladie mentale ou de santé mentale? Cette confusion a des répercussions importantes le moment venu de proposer des moyens d'action et d'organiser les services.

1.3 Les orientations, principes et objectifs

Une première réponse à la question précédente réside dans les orientations, principes et objectifs mis de l'avant par le projet de politique. Tels que présentés, ces derniers couvrent bien l'ensemble de la problématique, c'est-à-dire autant le champ que le domaine de la santé

mentale. En ce sens, il est permis de penser que le projet de politique traite autant la maladie mentale que la santé mentale. Ainsi, les efforts devraient-ils se répartir équitablement entre l'intervention, la prévention et la promotion de la santé mentale. Soulignons également que la primauté accordée à la personne et la volonté de la maintenir ou de la réintégrer dans son milieu de vie naturel transparaissent clairement des orientations, principes et objectifs.

Par ailleurs, les mises en garde à l'effet que ces orientations font appel à des changements d'attitudes et de mentalités (changements qui, on le sait, s'opèrent lentement dans le temps) et que l'importance accordée à ces orientations peut varier en intensité, sont des indices quant aux intentions réelles poursuivies par ce projet de politique.

1.4 Un projet de politique centré sur les problèmes mentaux sévères et chroniques

La nature restrictive du mandat confié au comité chargé de l'élaboration du projet de politique nous apporte une autre réponse quant à l'objet véritable du projet. Ainsi, aux dires du comité : "Le mandat confié concerne spécifiquement le champ de la santé mentale et c'est là que la majorité des énergies ont été déployées" (p. 38). Ce faisant, toute la question du domaine de la santé mentale qui concerne principalement le développement, le maintien et la promotion de la santé mentale est à toute fin pratique reportée à une politique subséquente. Ainsi, les orientations, principes et objectifs préconisés dans le projet actuel de politique ne pourront que partiellement être mis en application. En ce sens, le projet de politique est axé essentiellement sur la maladie mentale. Les moyens proposés et les recommandations retenues en témoignent. Les efforts sont concentrés autour de la personne aux prises avec des problèmes mentaux sévères et chroniques et portent sur l'organisation des services en réponse à ces besoins.

Dans cette perspective, la question de la désinstitutionnalisation ou le maintien et la réinsertion dans le milieu de vie naturel n'est pas sans rendre le CSF perplexe.

1.5 La responsabilité de l'État : un désengagement?

Dans le projet de politique, la responsabilité de l'État est clairement définie en ce qui a trait au domaine de la santé mentale. Elle est "centrale et consiste essentiellement à procurer des conditions tant sociales qu'économiques qui permettent le développement et le maintien de la santé mentale des Québécois" (p. 41-42). Rappelons toutefois que le domaine de la santé mentale n'est pas le principal objet du projet de politique.

Par ailleurs, la responsabilité de l'État semble plus diffuse dans le champ de la santé mentale. Selon le comité, cette responsabilité ne peut plus être uniquement étatique et centralisée. Aussi, précise-t-il, les responsabilités dévolues à l'État dans le champ de la santé mentale sont à l'étape de réflexions préliminaires qui doivent être adaptées aux recommandations de la Commission Rochon.

Dans l'expectative, le comité propose que l'État continue d'assumer les responsabilités suivantes : rendre disponible les services requis, garantir le respect des droits de la personne aux prises avec des problèmes mentaux et assurer la protection des individus conséquente à des comportements dangereux reliés à des problèmes mentaux. En ce qui concerne la dispensation des soins et services, l'État doit être considéré comme "un des partenaires et, dès lors, loin de se charger de répondre directement dans tous les cas aux besoins, il favorise des réponses émanant d'initiatives du milieu" (p. 45). À cette fin, l'État doit reconnaître, supporter et même compléter de telles initiatives dans la réponse aux besoins des personnes aux prises avec des problèmes

mentaux sévères sans toutefois qu'il y ait de sa part "obligation automatique de financement" (p.44).

Ainsi, dans le champ de la santé mentale, l'État tendrait à restreindre son action afin de laisser plus de place aux initiatives du milieu. Dans ce contexte, la famille, les proches et les communautés deviennent des partenaires privilégiés. Cependant, compte tenu des imprécisions relevées précédemment quant aux responsabilités de l'État dans le champ de la santé mentale, que celui-ci concerne les personnes aux prises avec des problèmes mentaux sévères et chroniques et compte tenu du caractère aléatoire et de la précarité financière associée aux initiatives du milieu, le Conseil s'interroge sur la façon d'interpréter cette volonté de partenariat : s'agit-il d'un désengagement de l'État?

Dans l'ensemble, le Conseil partage l'analyse du comité quant aux problèmes inhérents au système actuel de soins et de services en santé mentale. Les orientations et principes énoncés, notamment la primauté de la personne, le maintien et la réinsertion dans le milieu de vie naturel, la promotion d'une approche communautaire, sont des avenues à privilégier.

Cependant, étant donné que le champ de la santé mentale concerne les personnes aux prises avec des problèmes mentaux sévères et chroniques et que l'État tend à restreindre son action en cette matière, le Conseil s'interroge sérieusement sur les conditions dans lesquelles le maintien et la réinsertion des personnes s'effectueront. Les familles et les communautés auront-elles le soutien et les ressources tant humaines, matérielles et financières en conséquence? Les garanties existent-elles pour que les malades bénéficient de la continuité des soins et de la sécurité que requiert leur état? Quant aux soins dispensés dans la famille et qui reposent en grande partie sur les épaules de l'épouse ou de la mère, qu'adviendra-t-il du malade si celle-ci devait faillir à la tâche?

Par ailleurs, soulignons que le domaine de la santé mentale ne fait pas partie intégrante du projet de politique de santé mentale. Le développement, le maintien et la promotion de la santé de la population, notamment des femmes, sont ainsi reportés à une politique ultérieure.

II. LE CHAMP DE LA SANTÉ MENTALE : LES PARTENAIRES PRIVILÉGIÉS ET LES RESSOURCES DISPONIBLES.

Dans sa volonté d'un partenariat élargi dans le champ de la santé mentale, le projet de politique accorde une place privilégiée à la famille ainsi qu'à la communauté. Il s'agit là d'une orientation généreuse, susceptible de favoriser une intégration plus naturelle du malade mental. Mais celles-ci sauront-elles et pourront-elles assumer le mandat qui leur est ainsi confié? Pour répondre à cette question, il faut d'une part cerner qui sont ces familles et ces communautés et d'autre part considérer les ressources dont elles disposent. Rappelons que les familles et les communautés sont invitées à s'impliquer auprès de personnes aux prises avec des problèmes mentaux sévères et chroniques.

2.1 Les familles

Les dimensions reliées à la famille qui ont fait l'objet d'un examen concernent la responsabilité des soins dévolue aux femmes, la femme aux prises avec un problème d'ordre mental et la tendance à idéaliser la famille.

2.1.1 La responsabilité des soins incombe aux femmes

La participation de la famille à la prise en charge de l'un de ses membres souffrant de troubles mentaux signifie à toute fin pratique que la responsabilité des soins incombe aux femmes.

Réalité trop bien connue, les tâches domestiques telles que l'entretien, la préparation des repas, les soins, la garde et l'éducation des enfants sont encore l'apanage des femmes et ce malgré l'intérêt accru porté par des hommes à ces tâches au cours des dernières années. Des

études sur le partage des tâches démontrent que le travail domestique demeure encore aujourd'hui essentiellement un travail à la charge des femmes. Et ce, qu'elles soient travailleuses ou non, qu'elles vivent en couple, en famille ou seules avec des enfants, les femmes assument la grande majorité des tâches domestiques.

Au sein de la famille, les soins à l'un de ses membres malade, handicapé ou âgé font partie des tâches domestiques assumées gratuitement par les femmes. En 1986, le Conseil consultatif canadien de la situation de la femme publiait une étude sur le rôle de la femme en tant que protectrice de la santé. Bien que l'échantillon de l'étude soit restreint, il ressort que 75% des femmes assument seules la responsabilité de la santé au foyer et ce, indépendamment de l'âge et de la situation familiale; 12% la partagent avec leur conjoint, leur mère ou le reste de la famille quoiqu'elles admettent prendre la plus grande part des responsabilités et 13% la partagent également avec leur conjoint. Cette situation d'inégalité persiste aussi lorsque les femmes occupent un emploi rémunéré à l'extérieur.

Accroître le fardeau des femmes en matière de travail domestique n'est pas sans conséquence quant à leurs conditions de vie et leur état de santé (tension nerveuse, stress...). La répartition du travail domestique est un facteur influençant la participation des femmes à la main-d'oeuvre. Ainsi, les femmes considèrent la charge de travail imposée par la présence du conjoint et des enfants et leur contribution au travail dans le fait de rechercher ou non un emploi, le type d'emploi (plein temps ou temps partiel) et la localisation de l'emploi (heures de transport) (Leibowitz 1974 cité dans Vandelac 1983). Le Conseil craint que le maintien au sein de la famille de l'un de ses membres souffrant d'un problème mental sévère et chronique confine nombre de femmes à leur rôle de protectrice de la santé au foyer et exige d'elles des efforts surhumains.

Dans le cadre du projet de politique, les mesures proposées pour venir en aide aux familles soit, le programme de répit (R5) et l'accroissement des ressources psychosociales en santé mentale (R28) sont certes les bienvenues. Toutefois, considérant les problèmes inhérents au système actuel de soins et services en santé mentale (difficulté d'accès aux services, discontinuité des soins, manque de soutien et de concertation...) et considérant la surcharge qu'implique pour les familles et notamment les femmes le maintien au foyer de l'un de ses membres souffrant de trouble mental, ces mesures nous apparaissent vagues et insuffisantes. Quelles familles seront éligibles au programme de répit? Selon une estimation avancée par le comité et jugée même conservatrice, il y aurait au moins 15 000 familles dont l'implication auprès d'un des leurs souffrant de trouble mental sévère et persistant n'est aucunement reconnue ni soutenue par un quelconque programme ou aide particulière. Ces familles devront-elles faire la preuve qu'elles sont à bout de ressources? Quand une famille pourra-t-elle se prévaloir du programme de répit? Des listes d'attente seront-elles constituées? Quelle est la nature de ce programme et l'importance du budget qui y sera consacré? Et qu'en est-il de l'accroissement des ressources psychosociales? Quelle part sera consacrée à l'intervention auprès des familles? Outre ce programme de répit, quelles autres ressources entend-on consacrer à l'intégration du malade mental au travail, aux études, aux loisirs, etc... ? La famille devra-t-elle prendre en charge le malade mental 24 heures par jour, tout au long de sa vie? Ne devrait-on pas plutôt maintenir des ressources intermédiaires permettant une relative autonomie du malade mental adulte face à sa famille? Nous pensons ici à des ateliers de travail protégés, des logements surveillés, des loisirs organisés, etc... Ne risque-t-on pas, en l'absence de tels supports, de libérer le malade de l'institution psychiatrique pour consacrer sa dépendance définitive face à sa famille ou plus justement à l'endroit de sa mère ou de sa conjointe? Ne conviendrait-il pas plutôt de viser l'autonomie des malades, autonomie parfois toute relative nous en convenons, en consacrant les ressources collectives libérées par la désinstitutionnalisation aux supports qui s'imposent pour le maintien du malade mental dans la communauté?

2.1.2 La femme aux prises avec un problème mental sévère

Il est reconnu que les femmes sont de plus grandes consommatrices de médicaments, soins et services de première ligne que les hommes. Outre les motifs liés à l'appareil reproducteur, les conditions de vie des femmes et leur rôle social n'y sont pas étrangers(1) (voir De Koninck et col. 1983, Demers 1987). Par ailleurs, les écarts observés entre hommes et femmes s'amenuisent à mesure que l'intensité des problèmes croît. Aux dires du Comité, les femmes ne reçoivent plus alors que 52% des diagnostics d'hospitalisation. Puisque les femmes semblent être autant représentées que les hommes en ce qui a trait aux troubles mentaux sévères et chroniques, le Conseil souhaite plutôt questionner le sort qui leur est réservé.

Le maintien ou la réinsertion dans le milieu de vie naturel d'une personne souffrant de troubles mentaux se conçoit malheureusement trop aisément, lorsqu'il s'agit d'un enfant ou d'un père. De fait, on prend pour acquis comme dans ce rapport que la mère ou l'épouse est présente et disponible pour assumer la prise en charge du malade au foyer. Si celle-ci est en emploi et que cela s'avère nécessaire, elle pourra soit réduire son temps de travail ou encore abandonner son travail moins rémunérateur. Mais qu'advient-il à la mère ou l'épouse elle-même aux prises avec un problème d'ordre mental sévère et persistant? Dans quelle mesure son conjoint ou ses enfants lui prodigueront les attentions et les soins requis? Est-il réaliste d'envisager que le mari puisse éventuellement délaisser son emploi pour assumer la prise en charge de son épouse et des travaux domestiques?

Faute de données à ce sujet, nous ne pouvons que tenter d'établir des liens. Ainsi, la propension à prescrire plus de médicaments aux femmes

---

(1) Ces dimensions relatives à la santé des femmes sont plus explicitées dans la section III : Le domaine de la santé mentale et les femmes

serait-elle un moyen de les tranquilliser et d'alléger le fardeau des autres membres de la famille? La Commission Rochon dans le cadre de ses travaux sur la santé mentale rapporte que de 67 à 72% de toutes les prescriptions des psychotropes vont à des femmes (p. 18). La prise en charge par la famille d'une mère ou d'une épouse souffrant de troubles mentaux a-t-elle des limites? Les femmes qui ont souffert de dépression mentale sont parmi celles qui sont susceptibles de devenir itinérantes selon une étude sur les femmes effectuée pour le compte de la Commission Rochon. Aussi, y souligne-t-on qu'une des caractéristiques importantes du groupe des itinérantes est le nombre élevé d'ex-psychiatrisées. La consultation des experts effectuée pour la Commission Rochon a permis de tracer deux portraits types des femmes itinérantes. L'un de ceux-ci décrit "la mère de famille de 40-50 ans qui craque parce qu'elle n'en peut plus. Elle s'est mariée jeune, a eu des enfants et n'a jamais travaillé à l'extérieur; elle a eu un mari alcoolique ou violent; son mari l'a délaissée pour ses ami(es); elle est isolée et peu autonome, fatiguée, dévalorisée et dépressive; elle prend des médicaments à la moindre tension, se sent dépassée par les changements à effectuer et ne peut concevoir de vivre seule; elle ne connaît pas les ressources d'aide et n'a pas reçu d'aide adéquate aux endroits où elle s'est adressée" (p. 82). Ainsi, la désinstitutionnalisation n'est pas sans conséquences notamment pour les épouses et les mères de familles. Délaissées par les leurs, ces femmes vont grossir les rangs des itinérantes.

Comme on peut le constater le maintien ou la réinsertion au sein de la famille de l'un de ses membres souffrant de troubles mentaux a des limites et ce tant pour les mères et épouses que les maris et enfants. Le Conseil déplore vivement que le projet de politique n'en fasse pas mention. Miser sur les familles sans en reconnaître les limites, n'est-ce pas faire preuve d'un trop grand idéalisme?

2.1.3 La famille idéalisée

La famille constitue pour toute personne un point d'ancrage social important. Il en est de même pour le malade mental pour qui le soutien et le support de sa famille constituent généralement un gage de mieux-être. La prise en charge par la famille d'un de ses membres souffrant de troubles mentaux implique toutefois que la famille doit, dans l'état actuel des choses, supporter émotivement, financièrement et matériellement les conséquences de la non-institutionnalisation, conséquences assumées auparavant par l'État. C'est du moins ce qui se dégage d'une étude effectuée pour la Commission Rochon (St-Laurent 1986). Plusieurs familles, au moins 15 000, le font déjà tant bien que mal, dans la mesure de leurs moyens, capacités et ressources. Toutefois, un projet de politique qui préconise une partenariat élargi notamment avec les familles devrait minimalement considérer la réalité vécue dans nombre de familles, pour s'assurer que la personne souffrant de troubles mentaux ait une réponse effective à ses besoins.

Bien que la famille demeure une valeur solidement ancrée dans notre société, la réalité vécue dans nombre de familles aujourd'hui reflète des problèmes que nous ne pouvons pas ignorer :

- 40% des mariages au Canada se concluent par un divorce; dans 85% des cas ce sont les mères qui assument la garde des enfants (Vandelac et col. 1985, p. 339).

- 81 726 familles monoparentales au Québec vivent de prestations de l'aide sociale, soit 60% de l'ensemble de ces familles. Dans ce groupe, 95% des bénéficiaires sont des femmes (Plamondon 1985 cité dans Demers 1987, p. 59).

- une femme sur dix serait victime de violence conjugale (Mac Leod 1980 cité dans Demers 1987, p. 132).

- 94% des enfants signalés (N = 564) au Comité de la protection de la jeunesse ont été maltraités (abus physique, négligence grave, inceste) au sein même de leur famille (Martin et col. 1981, p. 67).

La famille c'est l'entraide, le soutien réciproque de ses membres, mais c'est aussi parfois la violence, la pauvreté, la solitude. Dans des contextes familiaux si difficiles, on ne peut accroître la charge des familles, notamment des femmes en leur confiant la responsabilité des soins d'un des leurs aux prises avec un trouble mental sévère et persistant. Dans ces circonstances qui prodiguera les soins? Certes, parmi les familles sollicitées à dispenser des soins à l'un des leurs, toutes ne présentent pas un portrait aussi sombre. Toutefois, il faudrait reconnaître que ce ne sont pas toutes les familles qui peuvent supporter émotivement, financièrement et matériellement la prise en charge d'un malade psychiatrique. De même, le projet de politique aurait dû faire mention des conflits au sein des familles qui ont entre autres résultantes l'accroissement des jeunes dans les groupes des itinérants. L'étude sur les femmes effectuée dans le cadre des travaux de la Commission Rochon révèle que les jeunes femmes (18-34 ans) constituent le deuxième portrait type des itinérantes; elles représentent dans deux maisons d'hébergement de Montréal, 45,8% et 49% de la clientèle. Le projet de politique est également silencieux au sujet des familles elles-mêmes génératrices de problèmes mentaux. Il est pourtant reconnu que certaines dynamiques familiales sont propices au développement de la maladie mentale.

Par ces omissions nombreuses, le projet de politique véhicule un portrait quelque peu idéalisé de la famille. Des données révèlent qu'entre 30 et 50% des malades psychiatriques sont, à la sortie de l'institution, réintégrés au sein des familles. "Les enquêtes menées auprès de ces familles indiquent que leur santé physique et mentale se détériore, que leur vie sociale est compromise et qu'il y a souvent de graves dissensions au sein des couples ou des familles à cause des tâches reliées à la présence d'une personne dépendante" (Comité de la

santé mentale du Québec, 1985, p. 52). La non-reconnaissance des limites des familles nous paraît une lacune grave du projet de politique.

Dans un tel contexte, comment pourra-t-on évaluer les ressources requises nécessaires aux familles pour qu'elles puissent assumer les responsabilités confiées? Rappelons que l'absence de ressources et de moyens à la disposition des familles se traduit entre autres par la discontinuité des soins offerts aux malades.

2.2 Les communautés

Un des objectifs du projet de politique est de réduire de plus de la moitié la capacité globale des grands établissements psychiatriques (p. 116). Ainsi, le mouvement de retour des malades psychiatriques au sein de la communauté ira en s'intensifiant. La communauté, c'est l'intolérance de certains de ses membres à l'égard du malade mental et c'est aussi l'engagement, l'entraide et la prise en charge du malade par certains autres. Aussi, il s'avère important de préciser le concept "communauté". Les partenaires sollicités par l'État dans la prise en charge de personnes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants sont en fait les bénévoles et les ressources communautaires ou alternatives qui oeuvrent au sein des communautés.

2.2.1 Les bénévoles

Qui sont les bénévoles qui oeuvrent en santé mentale? Une enquête sur le bénévolat effectuée par Statistique Canada en 1980 (cité dans Légaré 1987) révèle que les femmes sont davantage présentes dans les secteurs de l'éducation, l'enseignement, la santé physique et mentale et que les hommes sont plus actifs dans les groupes politiques et professionnels, les loisirs et les sports. A l'instar des autres secteurs de la société, le bénévolat reflète la division sexuelle des rôles.

Mentionnons par ailleurs qu'au Québec en 1979, les hommes ont accompli plus d'heures de bénévolat que les femmes soit respectivement 35,6 millions et 24 millions d'heures (Payette, Vaillancourt, 1983, cité dans Légaré 1987). Les auteurs attribuent cette différence au fait que les femmes doivent tenir compte également du temps à consacrer aux travaux domestiques et aux soins des enfants, tâches qui, on le sait, sont assumées majoritairement par elles. De même, peu d'organismes dédommagent les bénévoles pour les coûts encourus par le transport et la garde des enfants empêchant ainsi nombre de femmes, prestataires de chômage, d'aide sociale ou à faible revenu, de s'impliquer plus activement (Carter 1975, cité dans Légaré 1987). Dans sa volonté d'un partenariat élargi avec les communautés, le projet de politique mise en fait sur le travail bénévole accompli par nombre de femmes dans le champ de la santé mentale. Aussi, dans sa planification des services, l'État devra tenir compte des contraintes horaires et financières de plusieurs femmes qui restreignent leur action bénévole de même que de la participation accrue de femmes sur le marché du travail. La double tâche qui en résulte n'est pas sans incidence sur le temps consacré à l'action bénévole. Compte tenu des limites inhérentes au bénévolat des femmes notamment en santé mentale, le Conseil tient à rappeler que l'action bénévole dans le champ de la santé mentale devrait en être une de complémentarité et non de maintien des services essentiels. La volonté de l'État d'intensifier la désinstitutionnalisation conjuguée à un désengagement de sa part dans la dispensation des soins et services nous inquiète quant au devenir des personnes souffrant de troubles mentaux.

2.2.2 Les ressources communautaires

Les bénévoles et parfois quelques personnes salariées oeuvrent au sein d'organismes communément appelés ressources communautaires ou alternatives. Celles-ci sont le reflet du dynamisme d'un milieu donné. Le Comité de la santé mentale du Québec (1985) dresse le portrait suivant

de ces ressources : elles sont l'expression d'une volonté d'engagement manifestée par des individus; elles privilégient la participation active de la personne concernée dans la définition et la satisfaction de ses besoins; elles privilégient l'entraide et le support mutuel comme moyens d'actions; elles sont orientées vers le maintien et la réinsertion de la personne dans son milieu de vie; elles favorisent la participation des personnes ayant vécu des difficultés de santé mentale; elles sont de dimension restreinte et personnalisée; elles accordent une attention particulière à la promotion et à la défense des droits. Bref, ces ressources offrent à la personne aux prises avec un trouble mental un choix, une alternative au réseau public de soins et de services.

Ce portrait permet de constater qu'il y a plusieurs points de concordance avec les orientations et mesures préconisées dans le projet de politique notamment le plan de services individualisé ainsi que le maintien et la réinsertion de la personne dans son milieu de vie. Aussi, la recommandation à l'effet que le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaisse la légitimité de l'action des ressources communautaires (R15) s'avère fort pertinente. Une telle mesure contribuera certainement à l'amélioration des relations entre le système d'intervention et les ressources communautaires, amélioration qui ne pourra être que bénéfique à la personne souffrant de troubles mentaux. La proposition du Comité de doubler le budget consacré aux ressources communautaires témoigne également d'une reconnaissance à leur égard.

Ainsi, le Conseil se réjouit de cette plus grande reconnaissance de l'action des ressources communautaires dans le champ de la santé mentale. Toutefois, soucieux d'assurer à la personne souffrant de troubles mentaux une réponse effective à ses besoins ainsi que la continuité des soins nécessaires à son état, le Conseil souhaite rappeler la fragilité de ces ressources. Cette fragilité est tributaire de l'insuffisance et de l'incertitude des sources de financement (CSMQ, 1985). Le budget proposé soit environ 8 millions de dollars permettra-t-il aux ressour-

ces communautaires de rencontrer les responsabilités additionnelles qu'on semble vouloir leur confier? Ce budget ne correspondrait-il pas plutôt à une mesure de rattrapage permettant tout juste aux ressources existantes de survivre? Qu'en sera-t-il alors des nouvelles ressources? De plus, le fait que les ressources communautaires reposent sur l'engagement volontaire d'un groupe restreint de personnes n'est pas sans rendre leur existence précaire. Aussi, compte tenu du caractère aléatoire et alternatif des ressources communautaires, l'État ne peut miser sur celles-ci pour garantir au malade les services essentiels auxquels il a droit.

Par ailleurs, certaines ambiguïtés dans les recommandations relatives au financement des groupes communautaires (R16, R17) requièrent des éclaircissements. Ainsi, qu'entend-on par "services dispensés par des groupes communautaires dans le champ de la santé mentale"? (R16) À titre d'exemple, un programme d'alphabétisation offert à des personnes aux prises avec des problèmes mentaux en vue de les réintégrer sur le marché du travail sera-t-il considéré en tant que service dispensé, dans le champ de la santé mentale? En fait, par rapport aux services dispensés, où se fait le démarcation entre champ et domaine de la santé mentale ainsi qu'entre services de santé et services sociaux? Puisque le champ de la santé mentale concerne davantage l'aspect curatif de la maladie, cela signifie-t-il que tout service dispensé en vue de prévenir l'aggravation de la maladie ou encore de favoriser la réinsertion sociale d'une personne sera exclu du financement alloué aux ressources communautaires? Et qu'en est-il des services dispensés par des groupes communautaires aux personnes "multiproblèmes"? Ces personnes qui sont aux prises avec un problème d'ordre mental et un problème d'alcoolisme par exemple, problème catégorisé dans le domaine de la santé mentale. Selon le Conseil, le financement des groupes communautaires basé sur une compartimentation des services dispensés constitue une entrave majeure à l'approche globale envers la personne préconisée tant par les groupes communautaires que par le projet de politique.

La formule de financement proposée (R17) par le Comité soulève des interrogations. Le financement est-il conditionnel à l'octroi d'un premier mandat de service à un groupe communautaire? Qui confiera ces mandats de services aux groupes communautaires et qui procédera à l'évaluation de l'atteinte des objectifs et de la pertinence des services? En fait, pour être éligibles à des subventions, les groupes communautaires devront-ils se spécialiser dans la dispensation de services dans le champ de la santé mentale éliminant ainsi graduellement les dimensions d'entraide et de support mutuel privilégiées comme moyens d'action par ces groupes? En l'absence de précision sur ces questions, il devient difficile d'établir la distinction entre les ressources communautaires et les ressources intermédiaires. Aux dires du Comité, certaines ressources intermédiaires se voient confier des établissements du réseau de la santé et des services sociaux une partie de la dispensation des services. Ces ressources intermédiaires ont un lien contractuel avec les établissements. Quant aux autres ressources intermédiaires, elles sont en lien direct avec les établissements, c'est-à-dire que l'ensemble de la gestion et de la programmation est sous le contrôle de l'établissement. Ces dernières sont appelées parfois des "rallonges institutionnelles". Aussi, la formule de financement proposée pour les groupes communautaires, basée sur l'octroi d'un mandat de services, n'aura-t-elle pas pour effet de les rendre semblables aux ressources intermédiaires? Qu'adviendra-t-il alors de l'autonomie des groupes communautaires? La confusion entretenue à ce sujet n'est pas sans nous inquiéter. Comment s'articulera le financement des ressources communautaires par rapport aux ressources intermédiaires? Des enveloppes budgétaires distinctes seront-elles allouées à ces deux types de ressources? Les ressources communautaires bénéficieront-elles au même titre que les ressources intermédiaires du support de l'établissement. Afin de favoriser une concertation véritable entre les divers partenaires impliqués dans la dispensation des soins et services au malade mental, il serait essentiel de lever les ambiguïtés sur ces questions.

2.3 Les ressources disponibles

Le mouvement de désinstitutionnalisation aurait semble-t-il permis de réduire de 20 0000 à 12 000 le nombre de malades dans les centres hospitaliers psychiatriques. Rappelons qu'un des objectifs du projet de politique est de réduire de plus de la moitié la capacité globale des grands établissements psychiatriques. Dans ce contexte, la question de la disponibilité des ressources revêt alors une importance cruciale, notamment pour les familles et les communautés sollicitées à assumer la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux.

Le développement des ressources qui permettraient d'offrir aux personnes aux prises avec des problèmes mentaux des services appropriés n'aurait pas suivi le même rythme que le mouvement de désinstitutionnalisation et de non-institutionnalisation. C'est du moins ce qui se dégage d'une étude sur la santé mentale effectuée dans le cadre des travaux de la Commission Rochon. Ainsi, "en l'absence de réponses adéquates du point de vue thérapeutique et social (travail, loisir, hébergement, éducation et relations sociales), le traitement des patients est compromis à l'extérieur du centre hospitalier. Bien que des énergies soient consenties pour maintenir la personne souffrant de troubles mentaux dans son milieu, les services et les ressources actuels, ne répondent ni à ses besoins ni à ceux du milieu. Les budgets et les ressources sont actuellement concentrés de façon massive en milieu hospitalier. Pour permettre au patient de fonctionner adéquatement à l'extérieur du centre hospitalier, il faudrait prendre les mesures nécessaires" (p. 54).

Le Conseil reconnaît que le recours aux grands établissements psychiatriques était problématique à maints égards pour la personne souffrant de troubles mentaux. Aussi, privilégie-t-il, tout comme le projet de politique, une approche centrée sur la personne, visant à développer son potentiel et son autonomie. À cet égard, le maintien ou la réinsertion de la personne dans son milieu de vie s'avère prometteur en

autant que les conditions et les ressources afférentes soient disponibles. L'absence de prise en charge appropriée des personnes souffrant de problèmes d'ordre mental laisse nombre d'entre elles sans recours. Les phénomènes croissants de l'itinérance et de la judiciarisation des patients psychiatriques en témoignent.

La place dévolue à la famille, aux proches et à la communauté dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux est manifeste dans ce rapport. Par ailleurs, les rôles dévolus aux différentes catégories d'établissements sont plutôt obscurs. Dans la perspective d'un partenariat élargi, il s'avère essentiel de délimiter les champs et responsabilités des instances concernées. Autrement, vers qui se dirigera la personne souffrant d'un problème mental pour chercher réponse à ses besoins? Vers qui la famille ira-t-elle demander le soutien nécessaire à l'accomplissement des tâches et responsabilités confiées? À l'heure actuelle, en situation de crise, les deux principales portes d'entrée sont les urgences des centres hospitaliers et les bureaux des omnipraticiens.

Dans le cadre du projet de politique, l'absence de lignes de conduite claires et précises quant à la vocation des établissements nous laisse croire que le statu quo sera maintenu dans ce domaine. L'absence de recommandations concernant la constitution d'un réseau public de services de santé mentale de première ligne en témoigne. De même, le silence entourant les aspects financiers du dossier santé mentale est fort éloquent. La désinstitutionnalisation des patients psychiatriques sera-t-elle accompagnée d'une désinstitutionnalisation des budgets des centres hospitaliers psychiatriques? Une réaffectation des budgets permettrait le développement de ressources responsables de la prise en charge des patients à l'extérieur des grands établissements, de leur réadaptation ou de leur réinsertion sociale. Bref, les imprécisions sur ces points ne risquent-elles pas d'intensifier les luttes de pouvoir entre les diverses catégories d'établissements ainsi qu'entre les corps professionnels? Le Conseil craint que ces luttes quant à la

répartition des responsabilités et des ressources ne se fassent au détriment de la personne aux prises avec un problème mental et de sa famille.

III. LE DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE ET LES FEMMES

Le domaine de la santé mentale comprend ce que le Comité a qualifié d'épiphénomènes soit le suicide, la violence, l'alcoolisme et les toxicomanies de même que les groupes à risques identifiés comme étant les jeunes, les femmes et les personnes âgées ainsi que la santé mentale de la population dans son ensemble.

À l'instar du Comité, le Conseil est convaincu que c'est dans le domaine de la santé mentale qu'il faut oeuvrer pour assurer le maintien de la santé mentale des Québécoises et des Québécois. Aussi, c'est avec déception que nous constatons le peu de vigueur des recommandations spécifiques au domaine de la santé mentale. Celles-ci proposent principalement l'élaboration d'avis, de politique, des recherches ou des tables de concertation par rapport à l'une ou l'autre de ces questions. Nous reconnaissons qu'il s'agit là de préalables à l'action; toutefois, cela signifie que les délais seront encore longs avant qu'une réelle action soit entreprise dans le domaine de la santé mentale. Certes, ceci s'explique par la nature restrictive du mandat confié au Comité chargé de l'élaboration du projet de politique. Toutefois, le Conseil ne peut taire certains points concernant les femmes dans le domaine de la santé mentale.

3.1 Les épiphénomènes

Les agressions à caractère sexuel et la violence conjugale constituent deux formes de violence faite aux femmes. Il n'est pas dans notre intention de dresser un portrait statistique de la violence. Celle-ci existe et son ampleur est alarmante. Le dossier sur les femmes préparé dans le cadre des travaux de la Commission Rochon est révélateur à ce sujet. Nous référons également les personnes intéressées au mémoire présenté par le CSF à cette même commission : la situation et le point

de vue du Conseil y sont exposés. Notre propos vise plutôt à rappeler les conséquences de la violence sur l'état de santé des femmes.

Dans le cas des agressions sexuelles, outre les blessures physiques et les risques de maladies transmises sexuellement ou de grossesse, les experts consultés(1) estiment que le traumatisme psychologique constitue la conséquence la plus grave. Celui-ci se traduit chez nombre de femmes par la peur, le repli sur soi, les sentiments de culpabilité et de perte de contrôle de sa vie, la dépression, la langueur. L'impact psychologique entraîne également des réactions physiques telles l'isolement, des cauchemars, des insomnies, des maux de tête, des problèmes d'ordre sexuel, un début ou une augmentation de tabagisme ou d'alcoolisme.

Dans le cas de la violence conjugale, nous retrouvons des blessures physiques du type morsure, ecchymose, brûlure et fracture. Mais cette violence a également des répercussions sur l'état de santé général des femmes : insomnie, fatigue générale et anémie. Ici aussi, les experts consultés(2) mentionnent que les conséquences de la violence sont particulièrement tangibles au niveau de la santé mentale : problèmes de stress, d'anxiété, dépression, somatisation, perte d'estime de soi. Il semblerait que près d'une femme violentée sur deux consomme des médicaments du système nerveux central et des analgésiques.

La violence faite aux femmes n'est certainement pas étrangère au fait que celles-ci consultent plus les médecins et consomment davantage de médicaments que les hommes. Une pilule pour contrer la violence, n'est-ce pas dérisoire? Mais que peut faire un médecin généraliste pour venir en aide à une femme agressée ou violentée? Au pire, lui

---

(1) COMMISSION ROCHON. Dossier femmes, 1987.

(2) Idem

permettre d'endormir "son mal", au mieux, la référer à un groupe d'entraide ou à un centre d'hébergement si par bonheur une telle ressource existe dans son milieu. En matière de violence, le temps n'arrange pas les choses. Au contraire, il semble accroître l'intensité du problème. Un cercle vicieux s'instaure et il ne faut pas s'étonner que nombre de femmes franchissent un jour la frontière entre le domaine de la santé mentale et le champ de la santé mentale. Ce jour venu, la femme sera alors reconnue pour ne pas dire promue en tant que personne souffrant d'un trouble mental sévère. C'est alors qu'elle pourra bénéficier des mesures préconisées dans le projet de politique.

Aussi, compte tenu de l'ampleur des phénomènes tels que la violence, le suicide ou l'alcoolisme et du nombre croissant de personnes aux prises avec ces problèmes, nous estimons que des actions de prévention devraient être entreprises dans ce domaine.

3.2 Les femmes : un groupe à risques

Les dimensions sociales et environnementales de la santé mentale sont généralement soit ignorées ou reléguées au second plan. Pourtant celles-ci ne sont pas sans incidence sur l'état de santé des personnes, notamment des femmes.

Dans cette perspective, l'identification des femmes en tant que groupe à risques est fort louable de la part du Comité. C'est, d'une certaine façon, reconnaître le lien entre la plus grande propension des femmes à recourir à des services de première ligne ainsi qu'à consommer des médicaments et leurs conditions socio-économiques (sous-emploi, double emploi, salaires inférieurs, choix limités, dévaluation de leur travail, pauvreté, violence, isolement...) ainsi que leur rôle social.

Aussi, le Conseil est fort étonné de la timidité de la recommandation du Comité à l'égard de la santé mentale des femmes (R37). De fait,

celle-ci propose que le Comité de la santé mentale du Québec conjointement avec le Conseil du statut de la femme procède à l'examen des formes et modalités d'intervention les plus adaptées à la condition des femmes en proposant notamment des moyens d'améliorer la formation des intervenants sur les différentes problématiques de santé mentale vécues par les femmes.

Le Conseil reconnaît que les rapports entre les femmes et le système de santé renforcent leur dépendance. En ce sens, nous nous réjouissons du fait que le Comité partage notre préoccupation à l'égard des modalités d'intervention auprès des femmes ainsi que de la formation des intervenants.

Il y a maintenant près de dix ans, le Conseil du statut de la femme dans son document "Pour les Québécoises : égalité et indépendance" faisait une série de recommandations sur les femmes et la santé mentale. Plusieurs portaient sur la formation des intervenants et la recherche orientée sur diverses problématiques de santé mentale vécues par les femmes (utilisation des services médicaux, consommation de médicaments, alcoolisme...). Malheureusement, dans l'ensemble ces recommandations sont toujours d'actualité, et ce malgré les nombreuses interventions du Conseil visant à ce que des suites leur soient apportées. Aussi, le Conseil réitère-t-il fortement que le gouvernement, dans les suites à donner au rapport du Comité, intègre ses recommandations présentées en annexe relativement à la formation et à la recherche dans le champ de la santé mentale.

Par ailleurs, une recommandation au sujet des femmes en tant que groupe à risques devrait selon nous viser une amélioration de leurs conditions de vie. De fait, les conditions socio-économiques que vivent nombre de femmes les rendent particulièrement vulnérables. Aussi, dans le domaine de la santé mentale, prévenir et promouvoir la santé mentale des femmes signifient à toute fin pratique changer ou améliorer leurs conditions de vie afin de favoriser leur autonomie et par là leur équili-

bre personnel. Lever les obstacles à l'autonomie des femmes implique notamment d'éliminer la discrimination basée sur le sexe dans les domaines de l'éducation, du travail, de la santé, d'intensifier les efforts consentis aux chapitres de la garde des enfants, du logement, de l'environnement, des loisirs et d'établir les mécanismes d'une réelle concertation entre les divers partenaires impliqués dans les questions qui concernent les femmes.

Nous reconnaissons qu'il s'agit là d'un programme très vaste qui déborde la responsabilité d'un Comité sur la santé mentale et qui touche plutôt l'ensemble de l'action gouvernementale. Nous aurions souhaité cependant que les besoins des femmes en matière de prévention et de promotion de la santé mentale soient reconnus au même titre que pour les jeunes et les personnes âgées et qu'en conséquence, un mandat soit confié au Comité de la santé mentale du Québec pour qu'il produise un avis sur l'influence des conditions de vie des femmes sur la santé mentale afin de déterminer les paramètres nécessaires à l'élaboration de programmes de prévention et de promotion.

CONCLUSION

Le Conseil du statut de la femme partage les orientations et principes énoncés dans le projet de politique. Ainsi, la primauté accordée à la personne souffrant d'un problème mental, le développement de son potentiel et de son autonomie dans la mesure de ses capacités, la promotion d'une approche communautaire, le maintien ou la réinsertion de la personne dans son milieu de vie sont des avenues à privilégier.

Toutefois, le Conseil émet des réserves quant à l'application du projet actuel de politique. Le maintien ou la réinsertion de la personne aux prises avec un problème mental sévère et persistant s'avère prometteur en autant que les conditions et les ressources afférentes soient disponibles. Aussi, le Conseil est-il fort perplexe devant les imprécisions du projet de politique notamment sur les rôles et les responsabilités dévolus aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux, le silence entourant l'aspect financier du dossier santé mentale et la non-reconnaissance des limites inhérentes aux familles et aux communautés.

L'absence de prise en charge appropriée des personnes souffrant de troubles mentaux sévères et chroniques laisse nombre d'entre elles ainsi que leurs familles démunies. Certes, les familles et les communautés sont des partenaires à privilégier dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux. Elles peuvent être un apport précieux lors de la réintégration des personnes au sein de la société. Cependant, cet apport doit être considéré complémentaire aux soins et services essentiels que doit fournir l'État aux personnes souffrant de problèmes mentaux. De plus, les familles et les communautés doivent disposer des ressources nécessaires à l'accomplissement de leur rôle en matière de santé mentale.

Par ailleurs, le Conseil souhaite rappeler l'importance de la prévention en santé mentale, notamment pour contrer les phénomènes croissants tels que la violence et le suicide. Les femmes en tant que groupe à risques doivent faire l'objet de considération particulière.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

Le champ de la santé mentale

- Que l'État continue d'assumer la responsabilité première dans le champ de la santé mentale et qu'il fasse en sorte que tous les services requis soient disponibles.

- Que l'action bénévole dans le champ de la santé mentale en soit une de complémentarité et non de services essentiels.

- Que les communautés et les familles disposent des ressources suffisantes pour l'accomplissement de leur rôle en matière de santé mentale. Qu'à cette fin, les sommes économisées en raison de la désinstitutionnalisation et de la non-institutionnalisation leur soient redistribuées.

- Que l'État mette à la disposition des personnes souffrant de troubles mentaux et de leur famille un réseau de services d'intégration sociale dans les secteurs du travail, de l'école, du logement et des loisirs.

- Que dans l'énoncé d'une politique de santé mentale, les champs de responsabilités des instances concernées soient clairement délimités afin que les personnes qui souffrent de problèmes mentaux ou leur famille puissent savoir où se référer.

- Que les clarifications soient apportées quant au financement des ressources communautaires par rapport au financement des ressources intermédiaires. Que l'État veille à ce que le financement des ressources communautaires ne soit pas basé sur une compartimentation rigide des services dispensés, créant alors une entrave à l'approche globale envers les personnes préconisée par ces ressources.

Le domaine de la santé mentale

- Que les ressources communautaires agissant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé mentale bénéficient de financement adéquat. Qu'on reconnaisse aux centres de santé des femmes et aux maisons d'hébergement pour femmes violentées un rôle privilégié en matière de prévention en santé mentale.

- Que le gouvernement mette en oeuvre les recommandations de la politique d'ensemble "Pour les Québécoises : égalité et indépendance" en ce qui a trait à la formation des professionnels de la santé ainsi qu'à la recherche touchant la consommation des médicaments et l'utilisation des services médicaux de même que les modalités d'intervention visant à éliminer le sentiment de dépendance des patientes dans le champ de la santé mentale.

- Qu'un mandat soit confié au Comité de la santé mentale du Québec pour qu'il produise un avis sur l'influence des conditions de vie des femmes sur la santé mentale afin de déterminer les paramètres nécessaires à l'élaboration de programmes de prévention et de promotion.

ANNEXE

Recommandations du Conseil du statut de la femme relatives à la formation et à la recherche tirées de la politique d'ensemble "Pour les Québécoises : égalité et indépendance" (1978)

Objectifs

Favoriser l'autonomie des femmes et par là leur équilibre personnel.

Recommandations

2-45 QUE le ministère des Affaires sociales subventionne des recherches sur l'utilisation des services médicaux et la consommation des médicaments particulièrement en regard des problèmes spécifiques aux femmes et que, suite à ces recherches, une information leur soit transmise afin de les rendre plus circonspectes dans leur recours aux médicaments.

2-47 QUE le ministère des Affaires sociales encourage les recherches dont les perspectives seraient de modifier les traitements psychologiques et psychiatriques de façon à éliminer le sentiment de dépendance de la patiente face à un professionnel.

2-50 QUE le ministère de l'Éducation fasse pression sur les départements de techniques infirmières des cégeps et les facultés de médecine des universités pour que soit développé un esprit de collégialité chez les futurs praticiens et praticiennes de la santé en vue d'une pratique médicale fondée sur une approche multidisciplinaire.

2-51 QUE le ministère des Affaires sociales réalise ou subventionne une recherche sur l'alcoolisme chez les femmes au Québec, portant particulièrement sur ses causes et sur le développement de thérapies adaptées aux problèmes spécifiques des femmes.

RÉFÉRENCES

COMITÉ DE LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE. Pour un partenariat élargi : projet de politique de santé mentale pour le Québec, Québec, 1987, 185 p.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC. La santé mentale : rôles et place des ressources alternatives, Avis sur les ressources alternatives, Gouvernement du Québec, 1985, 168 p.

CONSEIL CONSULTATIF CANADIEN DE LA SITUATION DE LA FEMME. La femme protectrice de la santé, 1986, 79 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, 1986, 65 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. Pour les Québécoises : égalité et indépendance, Gouvernement du Québec, 1978, 335 p.

DE KONINCK, M. et col. Essai sur la santé des femmes, Gouvernement du Québec, 1983, 294 p.

DEMERS, A. Programme de consultation d'experts : Dossier "Femmes". Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1987, 222 p.

LÉGARÉ, S. Reflet : Bénévolat cent professions, Centre-Femmes d'aujourd'hui, Québec, 1987, 17 p.

MARTIN M. et C. Messier, L'enfance maltraitée ... ça existe aussi au Québec, Comité de la protection de la jeunesse, Gouvernement du Québec, 1981, 321 p.

ST-LAURENT, D. Programme de consultation d'experts : Dossier "Santé mentale", Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1986, 103 p.

VANDELAC, L. et col. Du travail et de l'amour : les dessous de la production domestique, Editions Saint-Martin, 1985, 418 p.

VANDELAC L. Le partage des tâches domestiques : Mythes ou réalités. Document no 6, Le partage des tâches domestiques, Conseil du statut de la femme, 1983, 111 p.